



Since January 2020 Elsevier has created a COVID-19 resource centre with free information in English and Mandarin on the novel coronavirus COVID-19. The COVID-19 resource centre is hosted on Elsevier Connect, the company's public news and information website.

Elsevier hereby grants permission to make all its COVID-19-related research that is available on the COVID-19 resource centre - including this research content - immediately available in PubMed Central and other publicly funded repositories, such as the WHO COVID database with rights for unrestricted research re-use and analyses in any form or by any means with acknowledgement of the original source. These permissions are granted for free by Elsevier for as long as the COVID-19 resource centre remains active.

Evaluación de la coronafobia en población adulta mayor durante de la pandemia del nuevo coronavirus-19



Evaluation of coronaphobia in the elderly population during the new coronavirus-19 pandemic

Sr Director:

Las consecuencias del aislamiento social en el bienestar de los adultos mayores (AM) es un problema de salud pública que se ha visto exacerbado por la pandemia de la COVID-19¹. Estudios anteriores han reportado que el aislamiento genera que los AM tengan un mayor riesgo de tener síntomas de depresión y ansiedad². En este sentido, la pandemia actual ha generado la aparición de una ansiedad excesiva a contraer la COVID-19, llamado también coronafobia³. Estas personas tienden a experimentar un conjunto de síntomas fisiológicos desagradables desencadenados por pensamientos o información relacionada con la COVID-19⁴. La presencia de coronafobia se relaciona con la preocupación excesiva, estrés, síntomas de depresión, ansiedad e ideación suicida⁵. Debido al impacto de la coronafobia en la salud mental, esta carta científica tiene como objetivo evaluar la prevalencia de coronafobia en una muestra de AM peruanos. La identificación de aquellos factores que ponen a los AM en riesgo de deteriorar su bienestar mental es importante para planificar estrategias de prevención e intervención adecuadas.

Participaron 274 AM de la ciudad de Lima, Perú (64,6% mujeres), todos mayores de 65 años ($M_{edad} = 67,86$, $DE = 6,34$). La mayoría de AM eran desempleados (62%), no habían sido diagnosticados de COVID-19 (98,9%), ni tenían familiares o amigos diagnosticados (88,7% y 74,1% respectivamente). El 67% informó tener un buen estado de salud. No se incluyeron los AM con deterioro de la conciencia, demencia u otros trastornos mentales y que no dieron su consentimiento informado. Los participantes fueron seleccionados mediante un muestreo tipo bola de nieve entre el 3 y el 31 de agosto de 2020. En este periodo Perú se encontraba en estado de emergencia y en cuarentena focalizada, donde el aislamiento social obligatorio se mantuvo en 5 regiones (Arequipa, Ica, Junín, Huánuco y San Martín) y en 20 provincias de otras 10 regiones del país. Lima metropolitana no estaba en cuarentena, pero superaba los 20.400 casos de la COVID-19 y más 8.500 de muertes por la enfermedad, según la sala situacional del Ministerio de Salud (https://covid19.minsa.gob.pe/sala_situacional.asp). Los AM dieron su consentimiento informado en el formulario en línea antes de responder las preguntas de la encuesta, que fue desarrollada y

administrada mediante Google Forms. Para evaluar la coronafobia se utilizó la *Coronavirus Anxiety Scale (CAS)*⁴, conformada por 5 ítems con 5 opciones de respuesta cada uno (0 = de ninguna manera, 1 = rara vez, menos de un día o 2, 2 = varios días, 3 = más de 7 días, 4 = casi todos los días en las últimas 2 semanas). El CAS fue diseñado para identificar casos probables de ansiedad disfuncional asociados con la pandemia de la COVID-19, y ha sido validada en población general peruana⁵. Además, tiene buenas propiedades diagnósticas (AUC = 0,94, $p < 0,001$), donde una puntuación ≥ 9 es considerada como óptima para distinguir con precisión entre personas con y sin ansiedad disfuncional (90% de sensibilidad y 85% de especificidad)⁴.

Los resultados indican que el 13,5% de los AM presentan coronafobia. Este hallazgo fue similar al 12,3% de AM ingleses que indicaron sentir síntomas de ansiedad durante la pandemia⁶. Estos niveles de coronafobia podrían aumentar la probabilidad de mantenerse en aislamiento social y ser un factor de riesgo para el desarrollo de otros problemas emocionales. Además, las mujeres tenían casi el triple de probabilidad de informar ansiedad disfuncional o coronafobia (OR 2,83; IC 95%: 1,22 a 6,55) en comparación con los hombres. Este no es un resultado inesperado, pues está acorde con lo reportado en la población general⁷; sin embargo, otro estudio con población más joven (edad promedio 32,72 años) no reporta diferencias por género⁴. Esto parecería indicar que las diferencias de la coronafobia entre hombres y mujeres pueden ser más marcadas conforme se avanza en edad. La mayor coronafobia en mujeres puede generar que malinterpreten sus propias sensaciones, y hacerlas más vulnerables al deterioro de su salud mental⁸. Sin embargo, un análisis más específico asociado a cada uno de los ítems indica que los participantes experimentaron pocos síntomas fisiológicos de ansiedad por COVID-19. Así, el 80,3% nunca o muy rara vez se sintió mareado, aturdido o débil cuando leyó o escuchó noticias sobre la COVID-19, el 78,1% nunca o muy rara vez tuvo problemas para dormir, o se sintió paralizado por pensar o estar expuesto a información sobre la COVID-19. Asimismo, el 88% y el 85% reportaron no haber perdido el interés en comer, ni sentir náuseas o problemas estomacales cuando pensaban o estaban expuestos a información sobre el coronavirus respectivamente (fig. 1). Estos resultados pueden explicarse, ya que la mayoría de participantes han estado en un entorno seguro, el cual evitó que se infecten con la COVID-19; además de no tener familiares o amigos diagnosticados. Esto sugiere replicar el estudio en AM que estén en un contexto de riesgo (como aquellos residentes en asilos o con enfermedades preexistentes).

El impacto negativo de la COVID-19 en la salud mental es una prioridad de investigación⁹. Por lo tanto, los hallazgos de este estudio sugieren que puede ser un problema relativamente común en

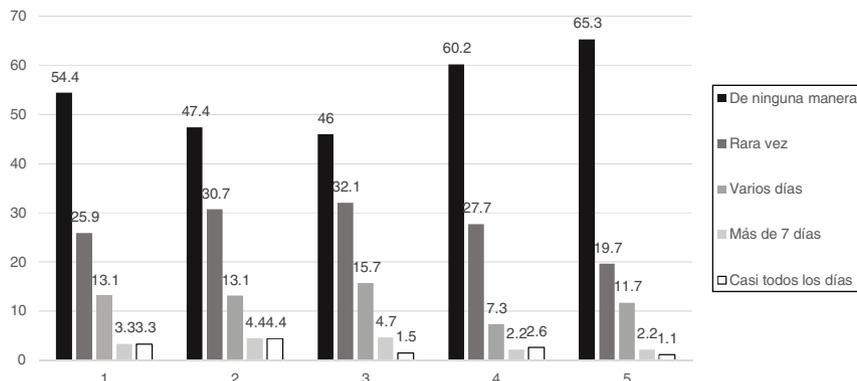


Figura 1. Porcentajes de respuesta a los 5 ítems de la CAS.

1: me sentí mareado, aturdido o débil cuando leí o escuché noticias sobre el coronavirus; 2: tuve problemas para quedarme dormido porque estaba pensando en el coronavirus; 3: me sentí paralizado o congelado cuando pensaba o estaba expuesto a información sobre el coronavirus; 4: perdí interés en comer cuando pensaba o estaba expuesto a información sobre el coronavirus; 5: sentí náuseas o problemas estomacales cuando pensaba o estaba expuesto a información sobre el coronavirus.

adultos mayores. Debido al creciente envejecimiento de la población, es importante realizar estudios que permitan determinar la prevalencia de problemas de salud mental en los AM para orientar a los profesionales y responsables políticos en su prevención y tratamiento, reduciendo costos, y contribuir a la mejora de la calidad de vida de los AM. Sin embargo, es necesario realizar estudios longitudinales, con mediciones adecuadas, para aclarar la dirección causal y los resultados de los síntomas de ansiedad disfuncional en AM. Además, ya que los ítems del CAS miden síntomas de arousal fisiológico asociados con la ansiedad, se hace necesario evaluar también aspectos relacionados con la preocupación con otras medidas como la *Fear of COVID-19 Scale*¹⁰. Por último, estudios futuros deberían incluir participantes con problemas mentales preexistentes (como ansiedad y depresión, tanto clínica como subclínica), que podrían presentar una mayor vulnerabilidad para el desarrollo de la coronafobia y otros riesgos para su salud mental¹¹.

Bibliografía

1. Armitage R, Nellums LB. COVID-19 and the consequences of isolating the elderly. *Lancet Public Health*. 2020;5:e256, [http://dx.doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30061-X](http://dx.doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30061-X).
2. Santini ZI, Jose PE, Cornwell EY, Koyanagi A, Nielsen L, Hinrichsen C, et al. Social disconnectedness, perceived isolation, and symptoms of depression and anxiety among older Americans (NSHAP): A longitudinal mediation analysis. *Lancet Public Health*. 2020;5:e62–70, [http://dx.doi.org/10.1016/S2468-2667\(19\)30230-0](http://dx.doi.org/10.1016/S2468-2667(19)30230-0).
3. Lee SA, Jobe MC, Mathis AA, Gibbons JA. Incremental validity of coronaphobia: Coronavirus anxiety explains depression, generalized anxiety, and death anxiety. *J Anxiety Disord*. 2020;74:102268, <http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102268>.
4. Lee SA. Coronavirus Anxiety Scale: A brief mental health screener for COVID-19 related anxiety. *Death Studies*. 2020;44:393–401, <http://dx.doi.org/10.1080/07481187.2020.1748481>.
5. Caycho-Rodríguez T, Vilca LW, Carbajal-León C, White M, Vivanco-Vidal A, Saroli-Aranibar D, et al. Coronavirus Anxiety Scale: New psychometric evidence

- for the Spanish version based on CFA and IRT models in a Peruvian sample. *Death Studies*. 2021:1–10, <http://dx.doi.org/10.1080/07481187.2020.1865480>.
6. Robb CE, de Jager CA, Ahmadi-Abhari S, Giannakopoulou P, Udeh-Momoh C, McKeand J, et al. Associations of social isolation with anxiety and depression during the early COVID-19 pandemic: A survey of older adults in London. *UK Front Psychiatry*. 2020;11:591120, <http://dx.doi.org/10.3389/fpsy.2020.591120>.
 7. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS, et al. Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17:1729, <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph17051729>.
 8. Özdin S, Bayrak Özdin Ş. Levels and predictors of anxiety, depression and health anxiety during COVID-19 pandemic in Turkish society: The importance of gender. *Int J Soc Psychiatry*. 2020;66:504–11, <http://dx.doi.org/10.1177/0020764020927051>.
 9. Radwan E, Radwan A, Radwan Y. Challenges facing older adults during the COVID-19 outbreak. *Eur J Environ Public Health*. 2020;5:em0059, <http://dx.doi.org/10.29333/ejeph/8457>.
 10. Ahorsu DK, Lin CY, Imani V, Saffari M, Griffiths MD, Pakpour AH. The fear of COVID-19 scale: Development and initial validation. *Int J Ment Health Addict*. 2020:1–9, <http://dx.doi.org/10.1007/s11469-020-00270-8>.
 11. Bergman YS, Cohen-Fridel S, Shrira A, Bodner E, Palgi Y. COVID-19 health worries and anxiety symptoms among older adults: The moderating role of ageism. *Int Psychogeriatr*. 2020;32:1371–5, <http://dx.doi.org/10.1017/S1041610220001258>.

Tomás Caycho-Rodríguez *

Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Privada del Norte, Lima, Perú

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: tomas.caycho@upn.pe

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2021.02.006>

0211-139X/ © 2021 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

La valoración geriátrica integral. Posicionamiento de la Sociedad Española de Medicina Geriátrica



Comprehensive geriatric assessment. Position statement of the Spanish Society of Geriatric Medicine

En un artículo reciente, un grupo de trabajo de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) da pautas de atención al anciano¹. Siempre son buenas noticias que diferentes especialidades médicas que trabajan con personas mayores adapten su manera de trabajar a las demandas específicas de esta población. Sin embargo, respecto al citado artículo¹, la Sociedad Española de Medicina Geriátrica (SEMEG) expone que:

El término valoración integral y multidimensional del anciano hospitalizado (VIMA) es un término sobre un procedimiento no validado que incurre en una duplicidad y plagia el término de valoración geriátrica integral (VGI). La VGI se define como el proceso diagnóstico dinámico multidimensional, multidisciplinar e interdisciplinario, diseñado para identificar y cuantificar los problemas y necesidades de los adultos mayores y poner en marcha un plan de cuidados y tratamiento progresivo, continuado y coordinado dirigido a satisfacer las necesidades del paciente y sus cuidadores². La VGI está validada desde hace décadas y es de sobra conocida su utilidad no sólo en el ámbito hospitalario sino en todos los niveles asistenciales³. Prueba de ello son las numerosas referencias del artículo. Sin embargo, la evidencia disponible es mucho más amplia y es tal su peso que la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁴ reconoce la necesidad de realizar una VGI siempre que se evalúe a una persona mayor. Intentar aplicar un término nuevo para algo ya

claramente definido lleva a confusión y constituye una tremenda falta de rigor.

La VGI requiere de unas competencias específicas que van más allá de la simple aplicación de escalas:

Primero, es preciso tener un adecuado conocimiento sobre el proceso de envejecimiento y requiere de una metodología específica, además de un entrenamiento continuado en su aplicación, que permita interpretar no sólo su resultado final sino otros aspectos de los tests. Solamente con una completa formación se puede adaptar la VGI a cada persona mayor en cada ámbito de atención^{2,5,6}. Por ejemplo, por la influencia de la propia hospitalización, éste no es el mejor ámbito para hacer una valoración cognitiva ni afectiva. Como es obvio, esto no exime, sin embargo, de explorar dichas dimensiones en la situación basal del paciente.

Segundo, aplicar las escalas es una condición necesaria pero no suficiente para facilitar a la persona mayor la mejor atención sanitaria en el hospital. La VGI constituye simplemente la herramienta de trabajo de un equipo multidisciplinar que a través de reuniones periódicas organizan un plan de cuidados común para todos los actores y así garantizar una continuidad de cuidados entre todos los niveles de atención^{2,7}. Esta es la manera de trabajar de las Unidades Geriátricas de Agudos (UGA) que han sido ampliamente evaluadas, y que comparadas con las unidades convencionales (las tradicionales salas de Medicina Interna) han demostrado menor deterioro funcional al alta, menor institucionalización, menor estancia media y mayor costo-efectividad⁸. Hasta la fecha, esta es la manera de trabajar más efectiva con las personas mayores hospitalizadas^{9,10}. Por lo tanto, desde SEMEG consideramos inaceptable que se plantee la «adaptación de servicios» únicamente utilizando de manera simplista herramientas no validadas (VIMA) cuando existe un *gold*